



**GIẤY GIỚI THIỆU
CỰU CHIẾN BINH (PHẦN 2)
VETERANS REFERRAL (PART 1)**

VĂN PHÒNG DSHS		DIỆN THOẠI
SỐ HỒ SƠ		TÊN HỒ SƠ

A. Đánh dấu các mục áp dụng cho quý vị hoặc cho người quý vị xin dùm.

- | | |
|--|--|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Cựu Chiến Binh</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Người chồng hoặc vợ của một cựu chiến binh đã hy sinh trong lúc thi hành nhiệm vụ hoặc hậu quả của tật nguyên liên quan đến nghĩa vụ. Người ấy không lập gia đình lại hoặc nếu có thì đã ly dị hoặc chính thức chấm dứt hôn nhân bằng thủ tục pháp lý kể từ trước ngày 1 tháng 11, 1990.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Người chồng hoặc vợ của một cựu chiến binh thời chiến đã qua đời vì lý do không liên quan đến nghĩa vụ. Người ấy không lập gia đình lại hoặc nếu có thì đã ly dị hoặc chính thức chấm dứt hôn nhân bằng thủ tục pháp lý kể từ trước ngày 1 tháng 11, 1990.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Phụ huynh của một cựu quan nhân đã bỏ mình trong lúc thi hành nghĩa vụ hoặc vì hậu quả của tật nguyên liên quan đến nghĩa vụ.</p> | <p>5. <input type="checkbox"/> Con, dưới 26 tuổi của một cựu chiến binh đã quá cố hoặc bị tàn phế hoàn toàn và vĩnh viễn vì hậu quả của một tật nguyên liên quan đến nghĩa vụ.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Con của một cựu chiến binh đã quá cố trong lúc thi hành nghĩa vụ hoặc vì hậu quả của một tật nguyên liên quan đến nghĩa vụ. Đứa trẻ đã bị tàn tật hoàn toàn và vĩnh viễn trước năm nó đủ 18 tuổi.</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Con của một cựu chiến binh quá cố thời chiến. Đứa trẻ đã bị tàn tật hoàn toàn và vĩnh viễn trước năm nó đủ 18 tuổi.</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Con của một cựu chiến binh quá cố thời chiến. Đứa trẻ dưới 23 tuổi, còn độc thân và đi học toàn thời gian.</p> |
|--|--|

B. Nếu quý vị đã đánh dấu bất cứ mục nào trong Đoạn A trên đây, xin đánh dấu tất cả các mục nào dưới đây áp dụng cho quý vị hoặc cho người quý vị xin dùm.

- | | |
|--|---|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Bị các tật nguyên liên quan đến nghĩa vụ.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Bị tàn phế vĩnh viễn và hoàn toàn vì các tật nguyên không liên quan đến nghĩa vụ và đã phục vụ trong thời chiến.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Cần sự săn sóc y tế.</p> | <p>4. <input type="checkbox"/> Cần sự săn sóc của nhà an dưỡng.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Đang xin sự săn sóc tại gia của chương trình COPEs.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Cần sự săn sóc tại gia của chương trình _____ (Xin ghi rõ).</p> |
|--|---|

C. Điền phần này nếu quý vị đã đánh dấu (các) mục nơi CẢ HAI Đoạn A và B trên đây:

1. TÊN CỰU CHIẾN BINH (HỌ, TÊN, TÊN LỚT)	2. SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA CỰU CHIẾN BINH	3. SỐ ĐƠN ĐÒI CỦA CỰU CB (NẾU BIẾT)
--	---	-------------------------------------

D. Xin đọc kỹ phần sau. Ký tên, ghi ngày và gửi trả mẫu này về văn phòng DSHS của quý vị. Không gửi trả mẫu này có thể đưa đến việc từ chối quyền lợi của DSHS.

Tôi khai rằng tin tức nêu trên là đúng, thực và đầy đủ theo sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể bắt buộc phải liên lạc với Phòng Dịch Vụ Cựu Quân Nhân (Veterans Service Office) như một phần cần thiết của thủ tục xin quyền lợi. Nay tôi cho phép DSHS và Phòng Dịch Vụ Cựu Quân Nhân tiết lộ tin tức cần thiết để xác định điều kiện hưởng quyền lợi của tôi.

Nếu tôi nghĩ rằng DSHS đã sai lầm trong việc đòi tin tức này, tôi có thể thỉnh cầu một phiên điều giải công minh trong vòng 90 ngày kể từ ngày ghi trên giấy giới thiệu này bằng cách viết thư cho: Department of Social and Health Services, Office of Appeals, P.O. Box 2465, Olympia, Washington 98507-2465.

CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ HOẶC CỦA ĐẠI DIỆN CÓ THẨM QUYỀN	NGÀY
---	------